Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Ueber Behandlung der Kieferbrüche

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin.

Von

Felix Bertram
approb. Zahnarzt

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 11. Oktober 1921

Emil Ebering Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

180

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**

Referenten: Prof. Dr. **Köhler.**

Prof. Dr. **Hildebrand.**

In der Einleitung weist der Verfasser auf die Wichtigkeit eines verständnisvollen Zusammenarbeitens von Chirurg und Zahnarzt bei der Behandlung der Kieferverletzungen hin.

Im ersten Teil der Arbeit gibt er eine Uebersicht über das Vorkommen, Zustandekommen und den anatomischen Charakter der Kieferfrakturen. Verfasser schließt sich der Ansicht Eggers an, nach der alle Unterkieferfrakturen Schwachpunktfrakturen darstellen. Wichtig ist die Kenntnis vom Verlaufe der Bruchlinien und von der Dislokation der Fragmente.

Vom Einfluß auf die Prognose und Therapie sind die Begleiterscheinungen: Verletzung der Schleimhaut, Weichteile, Gefäße und Nerven; Infektion des Wundgebietes.

Die Prognose ist infolge der großen Knochenregenerationstendenz der Kiefer auch bei großen Splitterbrüchen eine relativ gute zu nennen. Die Heilungsdauer ist abhängig von der Schwere der Begleiterscheinungen. In einfachen Fällen beträgt sie 30 — 40 Tage.

Die Diagnose ist auf Grund der typischen Symptome — Deformität, (Abweichung im Gesichtsumriß), Dislokation, abnorme Beweglichkeit, Crepitation und Druckschmerz — meist leicht zu stellen. Bei Brüchen im aufsteigenden Ast, Gelenkteil und Oberkieferbrüchen erleichtert ein Röntgenbild die Diagnose und gibt gleichzeitig Aufschluß über den Verlauf der Frakturlinien.

Eine besondere Besprechung erfahren die Schußfrakturen.

Im zweiten Teil der Arbeit bespricht Verfasser zunächst die Wundversorgung und Mundpflege bei Kieferbrüchen und geht dann auf die Knochennaht ein. Die Knochennaht ist ebenso wie die Knochenbolzung und Elfenbeinverzapfung für den zahntragenden Kiefer zu verwerfen.

Bei klaffenden, schlecht geheilten Brüchen und Pseudarthrosenbildung ist eine Vereinigung der Bruchenden durch Verpflanzung lebenden Knochens zu erstreben. Die Bruchenden sind während der Einheilung des Transplantats durch Schienung ruhig zu stellen, später ist das Transplantat durch Brückenarbeit zu schützen.

Verfasser gibt dann eine Uebersicht und Beschreibung der verschiedenen Arten der Kieferverbände.

Extra-ovale Verbände, benutzen den gesunden Kiefer als Stütze für den gebrochenen Kiefer, erkaufen die Ruhigstellung der Bruchenden durch Zahnreihenschluß und führen daher zu

Schwierigkeiten in der Ernährung und zu unhygienischen Mundverhältnissen.

Extra-intraorale Verbände, vermeiden die erwähnten Nachteile, haben sich aber infolge ihrer Umständlichkeit und Unbequemlichkeit für den Patienten nicht einbürgern können. Dasselbe gilt von den Extensionsverbänden.

Dann folgt eine Entwicklung des intraoralen Verbandes. Verfasser ist der Ansicht, daß Metallschienen den Kautschukschienen vorzuziehen sind, wegen ihrer leichten Herstellbarkeit und großen Uebersichtlichkeit und weil sie den heutigen Forderungen der Wundbehandlung mehr entsprechen. Grundlegend für den modernen Kieferbruchverband ist der Notverband von Sauer in Verbindung mit Schraubbändern. In der schiefen Ebene von Sauer und der Gleitschiene nach Schröder sind uns wertvolle, vollkommen ausreichende Hilfsmittel zur Behandlung sämtlicher Kieferbrüche, auch außerhalb der Zahnreihe gegeben.

Der Orthodontie mit ihren zahlreichen Hilfsmitteln ist in der Kieferbruchbehandlung ein neues großes Arbeitsfeld gegeben.

Die Oberkieferbruchbehandlung hat im wesentlichen nach den für den Unterkiefer aufgestellten Richtlinien zu erfolgen. Vorteilhaft ist es, das Wundgebiet von der Mundhöhle durch eine Okklusivprothese abzuschließen. Bei Brüchen des Alveolarfortsatzes und Gaumens genügen die intra-oralen Verbände. Bei Transversalfrakturen mit Loslösung von der Schädelbasis sind extra-intraorale Verbände zur Fixation und Retention der Fragmente nicht zu vermeiden.

Zum Schluß wird auf den Wert frühzeitiger Resektionsprothesen und auf die Nachbehandlung bei umfangreichen Schußverletzungen der Kiefer hingewiesen. Es folgt eine Angabe der benutzten Literatur.